

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Janvier 1895, à 1 heure

Par HENRI RIPAULT

Ancien Interne des Hôpitaux

Né à Paris le 18 Novembre 1867

L'HÉRÉDO-SYPHILIS INFANTILE

MANIFESTATIONS

PHARYNGO-NASALES ET LARYNGÉES

Président : M. DUPLAY, Professeur.

Juges : MM. { GILBERT, Agrégé.
HARTMANN, Agrégé.
THIÉRY, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES

DES MALADIES INFANTILES

16, Passage des Petites-Écuries, 16

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Janvier 1895, à 1 heure

Par HENRI RIPAULT

Ancien Interne des Hôpitaux

Né à Paris le 18 Novembre 1867

L'HÉRÉDO-SYPHILIS INFANTILE

MANIFESTATIONS

PHARYNGO-NASALES ET LARYNGÉES

Président : M. DUPLAY, Professeur.

Juges : MM. { GILBERT, Agrégé.
HARTMANN, Agrégé.
THIÉRY, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ARCHIVES GÉNÉRALES

DES MALADIES INFANTILES

16, Passage des Petites-Écuries, 16

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.	BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants.....	G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.....	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	RAYMOND.
	TILLAUX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	ROGER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	SCHWARTZ.
BALLET.	GAUCHER.	MÉNÉTRIÉR.	SÉBILLEAU.
BAR.	GILBERT.	N. LATON.	TUFFIER.
BRISSAUD	GLEY.	NETTER.	VARNIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VILLEJEAN.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomiques.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	QUENU.	
CHAUFFARD.	LETULLE.	RETTÉTERER.	
DEJERINE.	MARFAN.	RICARD.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX.

A M. le Docteur GOUGUENHEIM,
MÉDECIN DE L'HOPITAL LARIBOSIÈRE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
M. le Professeur FOURNIER.

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux d'acquitter publiquement la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous ceux qui ont bien voulu nous diriger jusqu'au terme de nos études médicales.

A tous nos maîtres de l'Ecole de Dijon, dont nous avons pu si souvent apprécier la science et le dévouement, s'adresse naturellement ce premier hommage.

Nous saluons avec respect la mémoire vénérée de monsieur le Professeur Le Fort ; et prions monsieur le Professeur Lejars de croire à notre sincère attachement.

Nous n'oublierons jamais l'amabilité et l'intérêt que nous ont maintes fois témoigné Messieurs Nélaton et Delens, dont nous avons pu être successivement l'interne.

Enfin, nous sommes heureux de pouvoir témoigner hautement à notre excellent maître, monsieur le Docteur Gouguenheim, l'expression de nos plus vives sympathies et de notre bien juste recon-

naissance pour son savant enseignement et la grande liberté qu'il a bien voulu nous laisser dans son service.

Monsieur le Docteur Chevallereau sait trop ce que nous lui devons pour que nous oublions jamais et ses conseils si sages et son extrême affabilité.

Monsieur le Docteur Trousseau, Messieurs les Docteurs Kalt et Valude resteront toujours à nos yeux des maîtres regrettés.

Nous prions monsieur le Professeur Fournier de ne pas nous croire indifférent à l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Le diagnostic de syphilis héréditaire infantile s'appuie d'ordinaire sur la triade d'Hutchinson : malformations dentaires ; Kératite interstitielle ; surdité bilatérale sans lésions manifestes.

Mais, pour être fréquents, ces signes n'en sont pas moins inconstants, et, observés isolément, peuvent perdre beaucoup de leur valeur réelle.

Le praticien doit alors savoir chercher ailleurs ; et c'est à ce point de vue que les lésions de la gorge, du nez et du larynx nous semblent mériter une place prépondérante dans le diagnostic, souvent si délicat, de l'affection qui nous occupe.

Ces lésions ont en effet pour elles, non seulement des caractères personnels, à peu près pathognomonique pour qui sait les reconnaître et les interpréter, mais tirent une importance toute spéciale de la fréquence avec laquelle elles se manifestent.

Tantôt isolées, tantôt diversement associées, elles nous fourniront le sujet de trois chapitres que nous allons étudier séparément pour la netteté de l'exposition.

MANIFESTATIONS NASALES

Dès le jeune âge, dès la naissance même, s'affirment pour le nez les prédilections de la diathèse; et nul organe, parmi ceux que nous passons en revue, ne saurait lui tenir tête pour la fréquence des accidents.

Dans bien des cas où l'on hésite, où l'on pencherait même pour la scrofule, ou le lupus, l'examen des fosses nasales vient lever tous les doutes; on ne saurait donc leur accorder trop d'attention.

M. le professeur Fournier, M. le docteur Spillmann sont des premiers à l'affirmer; et, plus d'un enfant, d'un adolescent serait franchement classé dans la grande catégorie des syphilitiques de naissance, si plus souvent on songeait à l'examen attentif du nez; alors qu'on attache toute importance à l'examen de la cornée, ou de l'appareil dentaire.

L'enfant qui vient au monde, présente bien souvent parmi les premiers stigmates de l'infection un rhume de cerveau, auquel on n'attache d'ordinaire que peu d'importance, vu sa bénignité au moins apparente; l'accident est cependant parmi les plus fréquents, bien qu'à des degrés divers, dit M. Mackenzie.

Le savant rhinologiste assigne d'ordinaire comme début à la maladie la première et la seconde semaine; cependant elle n'apparaît chez bien des nouveaux-nés qu'à la fin du

premier mois, et même dans les 4 à 5 premiers mois de l'existence.

Le début peut-être celui d'un coryza aigu banal, mais souvent il n'en a pas l'allure; et l'affection s'installe insidieusement.

L'enfant présente de l'enchifrènement; de l'obstruction nasale avec ses conséquences si fâcheuses : la respiration buccale étant fort difficile à s'établir, est dangereuse souvent pour les voies aériennes supérieures (Gerber) ; la succion se fait mal, d'où bientôt impossibilité d'une alimentation régulière, et cachexie rapide; enfin il faut tenir compte des accidents de spasme glottique, de studulisme, absolument semblables à ceux qui appartiennent à la seconde enfance.

Le coryza s'accompagne d'un écoulement séreux, puis muqueux et enfin franchement purulent, la sécrétion est très âcre, irritante; il résulte de ce jetage une rougeur vive de tout le vestibule et de la lèvre supérieure, accompagnée bientôt d'érosions, de véritables fissures de guérison difficile, recouvertes de croûtes brunâtres fort adhérentes, saignant facilement à l'ablation. L'écoulement devient sanieux et fétide plus tard, quand les lésions, de superficielles, tendent à gagner le squelette même du nez, ordinairement respecté; ou ont amené l'uluration de la muqueuse.

Si l'on examine le nouveau-né à l'aide du petit spéculum nasi et du miroir frontal, on trouve, outre la rougeur déjà mentionnée, un épaissement très marqué de la pituitaire, surtout prononcé sur les cornets inférieurs, touchant à la fois plancher et cloison; l'interstice resté libre est rempli de mucosités grises ou jaunâtres, fortement adhérentes; les ulcérations spontanées sont fort rares, et jamais on n'a pu signaler de véritables plaques muqueuses, malgré leur vraisemblance admise par la plupart des auteurs.

Une fois installé, ce coryza se fait remarquer par sa chronicité désespérante ; c'est le plus tenace, le plus rebelle aux agents thérapeutiques, des coryzas du jeune âge ; et quels que soient les moyens locaux mis en usage, la vie du nouveau-né est souvent bien vite en jeu ; si le traitement causal n'intervient.

Dans deux cas, observés et suivis par nous, le toucher digital à l'aide du petit doigt révélait une tuméfaction énorme du tissu adénoïde ; et cette adénoïdite, symptomatique de la rhinite est, croyons-nous, une des causes principales de l'insuccès des médications locales.

Chez les deux enfants dont il s'agit, âgés de 3 mois environ, nous avons obtenu une amélioration très sérieuse et immédiate de l'ablation par morcellement des végétations à l'aide d'une toute petite pince.

Ces considérations résultent d'ailleurs tout naturellement de ce fait bien connu de tous ; le virus syphilitique se localise avec prédilection sur les amas lymphoïdes et en détermine l'infiltration et la prolifération rapide ; comme on a l'occasion de l'observer chez les adultes récemment infectés ; sur ce point, comme sur presque tous les autres d'ailleurs, la syphilis transmise ne saurait différer de la syphilis acquise.

Non traité, le coryza spécifique peut s'accompagner de conséquences plus graves, quoique assez exceptionnelles : l'empâtement du dos du nez n'indique pas forcément des lésions ostro-périostiques sousjacentes sérieuses ; mais on a pu observer chez des enfants de quelques semaines la destruction du vomer, et une périchondrite de la cloison amenant une déformation définitive et irrémédiable.

Avec Ziem et Hasner, M. de Wecker a insisté sur une autre complication, moins rare, paraît-il, la blennorrhée con-

génitale ou presque congénitale du sac lacrymal, et dont la syphilis serait une des causes occasionnelles les plus fréquentes par altérations nasales. Citons aussi le développement de l'épicanthus interne

Enfin, Weber a signalé deux cas curieux où l'arrêt de la suppuration nasale fut suivi de l'apparition de phénomènes cérébraux graves.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas fort curieux d'ethmoidite syphilitique chez un tout jeune enfant, et dont voici l'observation succincte :

OBS. — T..., Georges, 4 mois, est amené le 2 septembre 1894 à la clinique ophtalmologique de Lariboisière pour un volumineux abcès occupant toute la paupière supérieure droite.

L'abcès, datant de deux semaines, donne issue à une grande quantité de pus bien lié.

La suppuration persistant, on explore la poche, et l'on trouve sur la paroi interne de l'orbite, en arrière de la région du sac, une surface osseuse dénudée.

Bientôt, la mère revient se plaindre qu'il sort du pus par la narine droite; et en effet une insufflation d'air par la narine gauche ramène en pus.

L'absence de développement du sinus frontal à cet âge excluant un empyème, on devait admettre une ethmoidite à manifestations nasales et orbitaires. La lésion devait trouver son point de départ dans une influence diathésique; l'examen des parents apprenait seulement que la mère avait fait l'année précédente une fausse couche de trois mois; l'enfant, indemne de toute manifestation hérédosyphilitique à sa naissance, avait cependant percé, à l'âge de 2 mois, une incisive supérieure.

Le traitement par la liqueur de Van Swieten, puis les frictions, fit rétrocéder l'affection avec une étonnante rapidité, quoique un nouvel abcès orbitaire de courte durée fût apparu, et que le petit malade eût éliminé par le nez quatre petits séquestres que la mère nous apporta.

L'état général de l'enfant, extrêmement débile et chétif, s'est en même temps amélioré.

Contre ce coryza infantile, indépendamment du traitement spécifique, un des meilleurs moyens à mettre en usage pour rétablir la perméabilité nasale, est l'emploi de douches d'air par la poire de Politzer, nettoyant efficacement les cavités naso-pharyngées ; on y adjoindra les instillations d'huile mentholée à 1/20, et de nitrate d'argent, quoique beaucoup plus douloureuses.

Aussi fréquents et plus variés sont les accidents qu'on relève plus tard dans l'enfance et l'adolescence.

Nous devons ici séparer les cas où les lésions se bornent à des manifestations catarrhales du côté de la pituitaire, de ceux où les parties sous-jacentes ne sont pas épargnées ; quoique, dans bon nombre de cas cliniques, on n'examine pas assez à temps pour être autorisé à cette distinction.

Les lésions limitées à la muqueuse sont les plus rares et rarement elles sont pathognomoniques à elles seules ; il importe cependant d'en parler, car elles ont leur individualité.

Le type le plus habituel de ces rhinites chroniques, est celui de la rhinite hypertrophique.

L'enfant est atteint d'un coryza chronique avec sa symptomatologie habituelle ; il est sujet à de fréquentes poussées aiguës ; respire mal du nez pendant le jour, dort la bouche ouverte la nuit ; le nez est sec ou bien le siège de mucosités épaisses qui se concrètent en croûtes assez adhérentes, ou par effet de renflements deviennent le point de départ de pharyngites supérieures rebelles.

Au point de vue objectif, les lésions sont les suivantes :

Les jeunes sujets ont une hypertrophie manifeste de toute la muqueuse pituitaire ; le cornet inférieur, en particulier, remplit en grande partie le méat nasal, touchant à la fois le cloison et plancher ; les extrémités des cornets sont surtout

renflées; et, comme l'a noté très exactement Hartmann, il peut exister une véritable hypertrophie polypoïde, comme chez l'adulte; si l'affection est ancienne déjà, la cocaïne n'amène souvent qu'une rétraction très minime.

Le diagnostic doit surtout être fait avec la rhinite concomitante aux végétations adénoïdes; mais dans ce dernier cas, le curettage améliore la rhinite, tandis que dans le nôtre, les bienfaits de l'opération sont minimes ou de courte durée, la diathèse conservant tous ses droits.

D'autre part, il est remarquable de voir combien souvent, relativement tout au moins, la muqueuse du septum participera au processus hypertrophique.

À côté de la rhinite hypertrophique généralisée peut se rencontrer la forme localisée; il existe une infiltration limitée à une fosse nasale, et même à une de ses parties constituantes.

OBS. — M..., Julien, 8 ans, nous est amené par sa mère parce que depuis plusieurs mois, il ne peut plus respirer de la narine droite.

À la rhinoscopie, on trouve un cornet inférieur énorme, obstruant toute la fosse nasale correspondante, se rétractant imparfaitement par la cocaïne.

En examinant l'enfant, nous lui trouvâmes des incisives supérieures caractéristiques; et nous le soumîmes au sirop de Gibert.

Ce seul traitement l'améliora très sensiblement; toutefois nous activâmes le retrait de la muqueuse infiltrée par une cautérisation légère au galvano-cautère.

Grâce à ce traitement, l'enfant guérit très rapidement, et d'une façon très satisfaisante; le traitement local ayant été bien modéré cependant.

Le coryza syphilitique infantile ne revêt point forcément l'aspect de l'hypertrophie nasale; il peut simuler l'ozène; mais se distingue de l'ozène syphilitique de l'adulte par des lésions purement atrophiques, bien limitées à la muqueuse, et des altérations de la sécrétion.

Quoique divers cliniciens, M. le Dr Gellé et Hartmann en particulier, aient insisté sur le processus atrophique simple, ayant pu même aller jusqu'à la résorption des cornets, nous croyons bon de rappeler brièvement l'observation suivante qui démontré bien cette entité morbide.

OBS. — L..., Louise, 14 ans, est soignée à la clinique depuis sept à huit mois, sans que le traitement local, suivi régulièrement cependant, amène dans son état une de ces améliorations auxquelles on assiste peu à peu.

L'aspect clinique est celui d'une rhino-pharyngite atrophique, avec une muqueuse tapissée de mucosités visqueuses, noirâtres, et de croûtes dures et adhérentes; les fosses nasales nettoyées, la muqueuse paraît rosée, et surtout exempte d'ulcérations; pas de dénudations osseuses en aucune région; rien de susp et du côté des sinus, soit par l'examen des méats, soit par l'épreuve de la transparence; la fétidité des sécrétions est extrême.

En examinant en détail cette jeune malade, on découvre quelques taies persistantes des deux cornées; il existe du microdontisme.

Un traitement antisyphilitique énergique est administré; et en quelques semaines, l'état de la petite malade est absolument modifié; les sécrétions si abondantes, si tenaces, et surtout si odcrantes sont à peu près taries.

Voilà donc des faits qui se rapprochent absolument des ozènes tertiaires et cependant en diffèrent par des points essentiels.

Envisageons à présent le processus s'étendant plus profondément et s'attaquant à la charpente même du nez.

C'est, on le sait, un des caractères les plus nets, les plus précis de la diathèse de s'en prendre rapidement aux os et aux cartilages; soit que la lésion débute par eux, soit qu'ils se trouvent dénudés et exposés, consécutivement à une destruction partielle de leur couche muqueuse protectrice par infiltration gommeuse et nécrobiose consécutive.

On trouve la muqueuse tantôt détruite et laissant à nu les parties sous-jacentes ; tantôt ramollie et fongueuse, baignant dans le pus ; il n'est pas de région épargnée ; les cornets, le plancher paient à peu près également, parfois même simultanément leur tribut ; toutefois la cloison représente, il faut bien le reconnaître, un locus minoris résistive évident ; dans tous les cas suspects, c'est à elle que s'adressera l'examen le plus minutieux ; la périchondrite, ou plutôt l'ostéo-périchondrite primitive de la cloison s'observe souvent isolée et n'en a pas moins une valeur tout à fait suffisante ; nous l'avons observée deux fois isolément.

Les ulcérations de la muqueuse sont remarquables par leur étendue, leurs anfractuosités, l'épaississement de leurs bords et de la muqueuse ambiante ; soignées à temps, ces ulcérations se détergent au bout de quelques jours déjà et se cicatrisent en quelques semaines ; la cicatrice est blanche, solide, déprimée, très rétractile ; adhérente aux parties sous-jacentes.

Si l'os est mortifié, il peut être fort long à s'éliminer et entretient alors une suppuration abondante, très fétide, souvent mêlée ce sang ; le séquestre peut être retenu longtemps par la muqueuse épaissie, comme le serait un véritable rhinolithe ; plus souvent il se morcelle et est évacué sous forme de petites masses noirâtres, sèches et cassantes ; ces séquestres peuvent, comme chez l'adulte, représenter des portions d'os très étendues ; Noquet et Hartmann ont ainsi recueilli des cornets tout entiers.

Nous avons vu combien fréquentes et étendues, diverses de siège étaient les pertes de substance de la muqueuse ; supposons que deux ulcérations occupent deux régions situées vis-à-vis l'une de l'autre ; leur cicatrisation amènera leur accollement et des synéchies nasales se trouveront cons-

tituées ; la syphilis doit jouer un rôle fort important dans la création des synéchies du jeune âge, et ces dernières peuvent même aider de la sorte à un diagnostic rétrospectif.

Les synéchies représentent des bandes de tissu cicatriciel, tantôt minces, tantôt fort épaisses et formant de véritables cloisons très résistantes ; elles occupent, en général, une situation assez profonde et relie le cornet inférieur, bien plus rarement le moyen à la cloison ; on a été jusqu'à observer de véritables synostoses entre le cornet inférieur et le plancher.

Ors. — M..., Louis, 12 ans, est amené à Lariboisière pour un écoulement de nez assez fétide, datant de plusieurs mois déjà.

L'examen a montré une large et profonde ulcération mettant à nu la cloison osseuse du côté droit ; et du côté gauche, une épaisse bande cicatricielle, très voisine du plancher, reliant la cloison au cornet inférieur très épaissi.

L'examen de l'enfant et l'interrogatoire de la mère ont amené au diagnostic de syphilis héréditaire.

Le traitement institué a, par ses résultats sur l'ulcération, vérifié l'exactitude du fait.

Nous avons détruit d'autre part la synéchie, au couteau galvanique.

Botey et Hoppmann ont aussi signalé des adhérences cicatricielles multiples.

Les ulcérations syphilitiques peuvent même aboutir à l'occlusion fibreuse ou fibro-cartilagineuse d'une ou des deux narines ; témoin le cas de Mayer où une cloison cartilagineuse dut être perforée à un centimètre de l'orifice antérieur ; l'enfant, syphilitique, ne présentait pas d'autres ulcérations.

Peut être y aurait-il lieu de songer quelquefois à l'hérédité spécifique dans ces malformations congénitales, uni ou bilatérales qu'on appelle les occlusions postérieures des choanes ; ne fût-ce que par analogie.

Au lieu de n'être accessibles que par l'examen rhinoscopique, les lésions nasales peuvent être extérieures et visibles à l'œil nu.

Il s'agira, par exemple, d'enfants porteurs de pseudo-eczémas du vestibule du nez, rebelles à tous les topiques employés et qui guérissent en quelques semaines à peine, le jour où l'on recherche les stigmates habituels, ou pratique un examen attentif du nez et de la gorge; ou bien on observera des gommes de l'aile du nez laissant après elles une échancrure caractéristique; du lobule ou de la sous-cloison, pouvant transformer l'orifice narinaire en véritable cloaque; la sous-cloison peut se trouver détruite, le lobule du nez s'aplatit et vient au contact de la lèvre supérieure.

Enfin, il existe les lésions d'ostéo-périostite gommeuse, localisées à la racine du dos du nez, accompagnées parfois de douleurs névralgiques extrêmement vives (Gellé) et même, ainsi que nous en relatons un exemple, des gommes sus-nasales, avec ou sans trajet fistuleux, au niveau de la région des os propres du nez; lésions dont le siège même rend l'origine toujours suspecte.

OBS. — L..., Jean, 9 ans, est amené à Lariboisière pour une fistule occupant le côté gauche de la racine du nez, un peu en dehors de la ligne médiane et à 1 centimètre au-dessous de la ligne intersourcilière. La petite fistule, à bords nettement découpés est entourée d'une auréole légèrement rougeâtre; elle donne issue à une petite quantité d'un liquide séro-purulent, non fétide.

L'écoulement date de près de deux ans, et aurait été consécutif à un petit abcès insignifiant, au dire de la mère.

L'exploration avec un fin stylet montre un décollement de la peau circulaire, dans une étendue de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2; os non dénudés.

L'examen du nez, de la gorge, ne donne aucune indication.

M. le Dr Gougenheim, malgré l'absence de tout autre signe, et de commémoratifs, pense à la syphilis; mais nous conseille d'abord le

grattage de la poche; nous le pratiquons le lendemain, puis suturons, tout va bien d'abord; mais, au bout de quelques jours, empatement, rougeur violacée, une nouvelle gomme se réveille.

Un traitement spécifique énergique vient à bout des accidents en trois semaines environ; l'enfant dont nous avons eu plusieurs fois des nouvelles est resté définitivement guéri.

La longue persistance du trajet fistuleux; la poussée aiguë, probablement déterminée par notre intervention, nous semblent devoir être signalées tout particulièrement.

A cette observation nous en joindrons une autre des plus curieuses, recueillie récemment dans le service de notre maître.

Il s'agit d'un cas fort intéressant de double exostose ayant amené l'obstruction des deux narines et nécessité une intervention chirurgicale.

Obs. — L..., Louis, 13 ans, est venu nous consulter au mois de décembre dernier pour une obstruction complète des narines, datant de plusieurs mois déjà.

A l'examen, les deux branches montantes des maxillaires supérieures font une saillie très appréciable; il existe du larmolement, par compression des canaux nasaux.

Le nez est pincé, effilé.

La perméabilité nasale est nulle.

A la rhinoscopie antérieure, de chaque côté, une tumeur rosée remplit toute la cavité nasale; impossible de les mobiliser ni circonscrire au stylet qui donne une sensation de dureté franchement osseuse; à la rhinoscopie postérieure, les deux mêmes tumeurs arrivent à limite des choanes.

Enfant malingre; thorax très rétréci; dents d'Hutchinson typiques.

Commémoratifs: trois frères, morts de convulsions dès leur jeune âge; père soigné à Saint-Louis pour syphilis.

Avec l'autorisation de notre excellent maître, M. le Dr Gouguenheim, et l'aide de nos amis, MM. Villière et Beaussenat, nous décollons l'aile du nez gauche, sectionnons l'os propre, rabattons le nez sur la droite; puis, avec une petite gouge et le maillet, détruisons

peu à peu l'exostose, jusqu'à ce que nous ayions un passage libre dans le pharynx; hémorrhagie médiocre, tamponnement à la gaze iodoformée; sutures.

Ablation des fils le septième jour; résultat fonctionnel satisfaisant au point de vue de la respiration et du larmoiement.

Trois semaines après; même opération est pratiquée du côté droit, avec un également bon résultat.

L'enfant se sent extrêmement soulagé.

Il est soumis en même temps au traitement spécifique.

Nous n'avons pas employé une tréphine adaptée à un tour à cause de la longueur de l'opération, qu'il faut renouveler à plusieurs reprises; nous avons préféré en finir d'un seul coup; au cas où une sténose nouvelle viendrait compromettre le résultat obtenu; nous n'hésiterions pas alors à nous servir de la tréphine.

Indépendamment des renseignements fournis par la rhinoscopie, il est souvent facile de faire le diagnostic rétrospectif à la seule vue des déformations de l'organe nasal, quand les lésions destructives ont miné sa charpente.

Il existe quatre types de déformation, décrits par M. le professeur Fournier :

1° Effondrement au niveau des os propres; la rétractilité du tissu cicatriciel fait basculer le lobule en avant.

2° Effondrement du segment nasal inférieur qui rentre dans le supérieur, par suite de luxation en arrière du cartilage quadrangulaire sur le vomer: nez en lorgnette.

3° Aplatissement de la portion cartilagineuse; le cartilage venant se luxer en bas et en avant, la pointe du nez touche la lèvre supérieure.

4° L'effondrement total, qui supprime le relief de l'organe.

En résumé, les déformations tiennent à des effondrements liés à la luxation du cartilage quadrangulaire et à la rétraction cicatricielle.

De ce court aperçu, nous pouvons conclure que les alté-

rations nasales, relevant de la syphilis héréditaire sont fréquentes et d'aspect varié, mais assez caractéristique cependant pour permettre de poser dans un très grand nombre de cas et de faciliter dans tous, le diagnostic si souvent délicat et embarrassant.

Les altérations du squelette, en particulier, pourront trancher les doutes avec la scrofule et le loup.

Enfin, ces lésions ne diffèrent de celles de la syphilis acquise de l'adulte que par des points très restreints.

MANIFESTATIONS PHARYNGÉES

Rarement le pharynx est atteint isolément; bien plus souvent ses lésions sont associées à celles du nez, cependant il faut, dans le premier cas, savoir porter un diagnostic sur la seule inspection de la gorge.

La caractéristique habituelle de ses altérations permet le plus souvent de le faire assez aisément.

Comme précédemment, les lésions présentent un siège d'élection; ce n'est plus la cloison nasale, mais la cloison bucco-nasale, le palais dans sa portion antérieure ou postérieure, souvent même les deux réunies.

Bien que des ulcérations très précoces du voile aient été signalées, l'affection pharyngée est d'apparition déjà un peu plus tardive, et ce n'est guère qu'au bout de plusieurs années que les manifestations syphilitiques se montrent volontiers.

Les lésions antérieures, de la voûte, succèdent à des lésions nasales; comme l'ont montré les professeurs Fournier et Duplay, le point de départ c'est le plancher des fosses nasales que l'on ne songe pas assez souvent à incriminer en pareil cas; on s'en rapporte au siège apparent des accidents.

Si l'on a la chance d'assister à leur début, on observe

tantôt au niveau duraphé et empiétant à gauche et à droite, plus souvent latéralement, une tuméfaction assez bien délimitée, d'un rouge sombre, à peu près indolore, résistante au doigt jusqu'au jour où la rougeur s'accuse au centre et que se manifeste en ce même point une dépressibilité qui donne même une sensation plus ou moins nette de fluctuation, comme un abcès véritable.

Incise-t-on cette masse ou la laisse-t-on s'ouvrir spontanément, il ne s'écoule que quelques gouttes d'une sérosité louche et l'on tombe sur un tissu ramolli, pultacé ; le stylet rencontre bientôt un point dénudé ou un séquestre déjà mobile, on pénètre d'emblée dans la fosse nasale.

L'exploration de la fosse nasale peut de son côté donner des renseignements d'une haute importance concernant l'état du plancher et l'étendue réelle des désordres qui se traduisent si tardivement et si furtivement.

Ce qu'il faut relever ici en effet, c'est l'insidiosité extrême des accidents, exempts de toute réaction générale, marqués tout au plus par un peu de tension et de gêne, jusqu'au jour où, parfois foudroyante, se déclare la perforation.

Le diagnostic fait à temps, tout rentre dans l'ordre ; car le traitement agit avec une rapidité magique ; de la lésion il ne reste bientôt plus qu'une cicatrice blanchâtre, déprimée ; à moins qu'il ne persiste un trajet fistuleux jusqu'au jour où le séquestre sera éliminé ; dans certains cas enfin, les dégâts ont été tels, qu'on doit recourir à l'urano-plastie, une fois que le processus éliminateur a terminé son œuvre.

Du côté du voile, on peut assister aux mêmes phénomènes : infiltration, parfois médiane et voisine de la lnette ; plus souvent excentrique et empiétant sur la région amygdalienne ; simulant le phlegmon du voile, moins toutefois

l'œdème, la douleur, tous les troubles généraux et fonctionnels ; on se borne à l'expectative, ou bien l'on pratique une petite incision sans résultats ; quelques jours après, le malade revient avec un nasonnement tout particulier, se plaignant en outre du reflux nasal des boissons.

Il présente un excès de résonnance vocale ; le *b* et le *d* sont mal prononcés ; c'est la rhinolalie ouverte de Kussmaul, par opposition à la rhinolalie dite fermée du même auteur, où il existe au contraire un défaut de résonnance, comme le fait s'observe dans les cas d'adhérences.

L'infiltration gommeuse peut occuper surtout la face supérieure du voile, et la perforation se déclarer alors presque subitement, souvent énorme ; on conçoit combien facilement risque d'être méconnue chez l'enfant une semblable lésion ; puisqu'il faut le secours de la rhinoscopie postérieure, souvent si mal tolérée à cet âge, pour prévoir les événements.

La perforation constituée peut évoluer différemment suivant son siège : la perforation médiane se cicatrisant plus difficilement que la latérale ; son étendue : une petite perforation arrive à guérison absolue ; une grande perforation a besoin des ressources de l'art.

Les perforations peuvent enfin être multiples, et nous nous souvenons d'un jeune homme d'une quinzaine d'années qui présentait sur le voile quatre cicatrices, restes d'anciennes perforations guéries.

Outre les perforations, on observe aussi souvent de vastes ulcérations qui peuvent échancre largement le bord libre du voile, et lui donner une asymétrie frappante, si la lésion ne dépasse point la luette ; on sait combien sont fréquentes les altérations de cette dernière dans la syphilis du jeune âge et de l'adolescence : sa destruction totale ou partielle peut à

elle seule faire porter le diagnostic de spécificité ; les ulcérations peuvent être confluentes, et amener au niveau de l'isthme une destruction étendue portant à la fois sur le bord libre et les piliers antérieurs et postérieurs.

Ces derniers présentent quelques fois des perforations centrales, uniques ou multiples, qu'il serait délicat de différencier des perforations congénitales décrites par M. Garel, n'étaient leurs bords d'aspect non lisse, et franchement cicatriciels ; dans des cas plus rares, on peut trouver le pilier postérieur disséqué en plusieurs faisceaux d'aspect tendineux s'insérant séparément sur le pharynx.

En même temps que des ulcérations des piliers, du bord libre, ou de la face nasale du voile au-dessus de ce bord libre, on peut voir se développer des ulcérations gommeuses symétriquement disposées sur la paroi postérieure du pharynx ; le travail de cicatrisation amènera des adhérences vélo-pharyngées qui pendant si longtemps étaient rattachées à la scrofule, et ressortissent maintenant de la syphilis héréditaire, mieux connue.

Il existe de nombreuses variétés d'adhérences que nous allons rapidement passer en revue.

Les adhérences peuvent être partielles ; c'est ainsi qu'on observera la soudure d'un pilier postérieur à la région voisine du pharynx ; ou bien la luette sera fixée par des adhérences vicieuses ; enfin les deux piliers postérieurs peuvent se souder plus ou moins complètement ensemble, limitant un isthme naso-pharyngien très rétréci.

Dans d'autres cas, une moitié du voile est soudée au pharynx, l'autre reste libre ; le voile n'est que gêné dans sa motilité, et rendu ainsi plus maladroit.

Le voile enfin est soudé sur toute la largeur de son bord libre au pharynx, tantôt sur une faible hauteur et par consé-

quent facile à détacher, tantôt sur presque toute la hauteur de la face nasale, et dans ce cas, le naso-pharynx est littéralement rempli par un bloc de tissu cicatriciel. Il est assez rare que la soudure soit totale ; presque toujours, on trouve un petit orifice ou bien un canal plus ou moins tortueux situé au voisinage de la luette ou derrière elle ; le trajet peut-être si rétréci qu'il faut même y regarder d'assez près pour le voir, et que son cathétérisme peut être fort difficile à effectuer.

On rencontre des ulcérations, et par suite des adhérences solides, aussi bien dans le cavum qu'au niveau du pharynx bucal ; c'est ainsi qu'on observera un rétrécissement circulaire d'ordinaire fort étroit, immédiatement au-dessous du plan des choanes ; ou des brides, des membranes obstruant les choanes, et les pavillons des trompes d'Eustache.

Les troubles fonctionnels résultant de ces cicatrices vicieuses varient avec le siège et surtout l'étendue de la lésion ; dans les cas d'adhérences à peu près complètes, il existe de la surdité, de la rhinite catarrhale par rétention ; de la rhinolalie, enfin la suppression de la respiration nasale avec toutes ses conséquences, et la perte de l'odorat.

Rien n'est tentant, mais décevant comme le traitement de ces crécicatrices vicieuses, à cause de la rétractilité puissante de ce tissu de nouvelle formation, qui facilite les récives rapides.

Si l'occlusion de l'isthme une fois commencée se complète parfois en quelques jours, comme l'a fait remarquer M. Cartaz ; il s'en faut qu'on obtienne une amélioration notable avec une semblable rapidité par le traitement.

Dans la séparation des adhérences, il faut être prudent, car on a observé de graves hémorrhagies (Piénaczek) consécutives.

Dans les cas où l'on a sectionné une bride, il importe de

séparer chaque jour les adhérences nouvelles qui ont tendance à se reformer. S'il existe un orifice de communication, il importe de le dilater, avec des sondes en gommes ou caoutchouc de plus en plus grosses ; avec la série des Béniqués (Lichvitz) ; mais surtout se défier des sondes laissées à demeure, parce qu'elles exposent beaucoup à l'infection auriculaire.

Avant même de faire la dilation, il sera bon, si la chose est possible, d'agrandir l'orifice de communication.

C'est ainsi que dans un cas où il existait en avant de la luette un petit orifice, avec un voile adhérent, mais bien mobile au-dessus des adhérences, et par conséquent tendu, nous avons pu agrandir la perforation dans le sens antéro-postérieur avec le couteau galvanique ; la traction exercée par les attaches du voile maintint l'ouverture largement béante, et le petit malade put assez facilement respirer par le nez.

Lorsque les adhérences sont peu étendues dans le sens vertical, on les sépare à l'aide d'un bistouri recourbé ; puis, à l'aide de plaques en gutta-percha, en celluloïd, on cherche à obtenir une cicatrisation séparée des deux plaies ; mais, le plus souvent, ces corps isolants sont mal supportés, et le bénéfice d'une délicate opération est à peu près perdu.

La section des adhérences doit porter surtout sur leur partie pharyngiée, en ménageant le voile.

Dans le cas de soudure épaisse et totale, on pourra se contenter, à l'exemple de Kuhn, de faire au thermo-cautère une perforation centrale, que l'on maintiendra dilatée à l'aide d'un drain ; elle devra être suffisante pour permettre la respiration nasale et l'aération de la caisse ; mais, trop considérable, elle aurait les inconvénients bien connus des perforations larges.

La paroi spinale du pharynx peut être le siège de lésions gommeuses isolées ; on observe alors au niveau de l'isthme, plus rarement dans le cavum (Gellé), une gomme qui, non soignée, aboutit à la formation d'une ulcération à bords taillés à pic, à fond jaunâtre et bourbillonneux, entourée d'une auréole d'un rouge purpurin. Cette ulcération laisse après elle une cicatrice d'un blanc brillant, déprimée, très ferme et très rétractile, présentant souvent une disposition étoilée ; le tissu de cicatrice peut être parsemé de zones rougeâtres absolument spéciales, de tissu embryonnaire

Signalons, après Hoppman, que les infiltrations ont pu être assez volumineuses pour simuler de véritables tumeurs.

Enfin les ulcérations et rétrécissements consécutifs peuvent siéger à la partie inférieure du pharynx, et même à l'entrée de l'œsophage, quoique le fait ne soit pas signalé dans le traité de M. le professeur Fournier.

Obs. — M..., Lucien, 14 ans, s'est présenté à la consultation de Lariboisière pour une dysphagie progressive, dont il ne peut préciser le début, déjà éloigné cependant.

Cet enfant présente, outre les dents d'Hutchinson, une soudure totale du voile à la paroi postérieure du pharynx.

Rien de visible au laryngoscope.

L'enfant n'arrive pas à s'alimenter, et met une demi-heure à boire un verre de lait par très petites gorgées.

L'exploration de l'œsophage pratiquée avec la plus petite olive métallique montre un rétrécissement infranchissable, dans lequel l'olive ne peut pénétrer, siégeant à 15 centimètres des arcades dentaires ; c'est-à-dire au niveau de l'œsophage lui-même.

En présence de l'impossibilité de cathétériser cet enfant, la gastrostomie fut pratiquée séance tenante avec un plein succès par M. le Dr Guinard, et l'enfant put être alimenté aussitôt.

Son état général s'est déjà considérablement amélioré.

La syphilis héréditaire n'agit pas seulement sur la muqueuse du pharynx, mais aussi sur son tissu adénoïde.

Les follicules clos de la base de la langue peuvent présenter une hypertrophie manifeste chez de jeunes sujets atteints de syphilis héréditaire, comme nous l'avons observé chez une petite malade sur laquelle nous avons pris ces deux mots d'observation seulement :

OBS. — X..., 16 ans, est soignée dans le service de M. le Dr Gouguenheim pour accidents spécifiques; elle présente au grand complet la triade d'Hutchinson.

Mais ce qu'elle offre de plus particulier, c'est l'existence de chaque côté de l'épiglotte de deux amas lymphoïdes extrêmement volumineux, et déterminant chez elle d'incessants besoins d'avaler.

Sur sa demande, nous lui réduisons ces deux bourrelets à l'aide du galvano-cautère; elle parut en éprouver un soulagement manifeste.

Cette malade ne portait d'autre part que des végétations adénoïdes peu développées, et des amygdales non hypertrophiées.

La syphilis héréditaire ne jouerait-elle pas un certain rôle dans le développement des végétations adénoïdes de l'enfance; n'expliquerait-elle pas certains succès opératoires, certaines récidives rapides, au même titre que la tuberculose, par exemple? Ce sont là des questions encore obscures, mal étudiées, que nous devons nous borner à exposer ici; ce que nous avons signalé chez les tout jeunes enfants rend tout au moins l'hypothèse vraisemblable; il en est de même du rôle de l'infection syphilitique pour plus d'un abcès rétro-pharyngien dont l'étiologie est douteuse.

Ce qui a été observé chez l'adulte, doit l'être aussi chez l'enfant, étant donné les très grandes analogies des manifestations spécifiques chez tous deux.

III

MANIFESTATIONS LARYNGÉES

Si l'on s'en rapportait aux observations publiées jusqu'à ce jour, les cas de syphilis laryngée héréditaire seraient de grandes exceptions ; cependant, en nous appuyant sur l'autorité du professeur Fournier, de M. Sevestre, de Gerber, nous considérons cette opinion non seulement comme exagérée, mais comme contraire à la réalité des faits.

On examine si peu souvent le larynx des jeunes enfants qu'il est difficile d'avoir une opinion bien arrêtée sur ce sujet ; toutefois, ceux qui se sont occupés de la question sont unanimes à dire que, si l'on voulait s'en donner la peine, on observerait beaucoup plus de cas de syphilis laryngée qu'on ne le dit.

Comme l'a établi M. le docteur Sevestre, dès les premières semaines, dès le premier mois, on rencontre l'affection ; mais, en réalité, c'est plus tardivement, de la cinquième à la douzième ou quinzième année, dit Mackenzie, qu'on note le plus grand nombre de cas.

Les lésions siègent surtout au niveau de l'orifice supérieur du vestibule laryngien ; et, si on peut les observer isolées en dehors de cette région, c'est chose rare ; les accidents laryngés primitifs sont exceptionnels, dit M. le docteur Cartaz.

Atteinte de périchondrite, l'épiglotte est épaissie dans sa totalité, ou présente des renflements nodulaires, au niveau de son bord libre et de sa face linguale surtout ; sa coloration

est d'un rouge sombre, purpurin; plus tard les gommages peuvent s'ulcérer; et l'on observe une, deux, rarement trois, pertes de substances anfractueuses profondes, taillées à pic, entourées d'une auréole d'un rouge foncé; quand les ulcérations se cicatriseront, elles se présenteront au miroir sous forme de parties déprimées, ou d'échancrures du bord libre, déformant l'organe, pouvant lui donner l'apparence d'un petit moignon informe et méconnaissable.

Dans certains cas, l'épiglotte a contracté des adhérences vicieuses avec les parties voisines, d'où rétrécissement et déformation de l'orifice laryngien qui peut être difficile à bien apercevoir quand l'opercule est renversé en avant.

Tous les replis qui partent de l'épiglotte, les régions aryénoïdiennes, participent à ce processus, infiltré d'abord, puis ulcéreux et bourgeonnant, plus tard enfin cicatriciel et rétractile.

On a signalé aussi au niveau des régions aryénoïdiennes de grosses tumeurs végétantes, d'un rouge très vif. (Moure...)

La paroi postérieure peut, elle aussi, être infiltrée; mais plus souvent elle est normale, ce qui est un caractère distinctif important avec la tuberculose; un autre élément diagnostique se tirera également de l'unilatéralité, ou tout au moins de la prédominance manifeste des lésions à un seul côté.

Les bandes ventriculaires sont aussi tuméfiées, souvent au point de masquer les vraies cordes; elles peuvent être également végétantes, recouvertes de petites saillies condylomateuses, pouvant même simuler de véritables papillômes pour un œil non exercé.

Au-dessous enfin, se trouvent les cordes vocales parfois absolument normales, d'autres fois rouges, épaissies, atteintes de cordite végétante, ou échancrées sur leur bord

libre ; tantôt leur motilité est normale, mais Sokolovski a signalé la fixation permanente d'une corde par périchondrite crico-aryténoïdienne.

Toutes ces lésions se font remarquer par l'absence complète de modifications dans l'état général, et l'indolance la plus absolue, faits qui portent souvent à les méconnaître, comme il arrive journellement pour des cas plus graves encore du côté du pharynx.

Les altérations vocales peuvent faire défaut ; dans les cas peu prononcés, il existe seulement un peu d'enrouement ; avec des lésions plus avancées, on arrive à une raucité extrême, et même à l'aphonie (on a même signalé quelques cas de paralysies musculaires glottiques pouvant l'expliquer).

Chez le petit enfant, M. le Dr Sevestre insiste sur la raucité et la bitonalité du cri (lésions unilatérales). Les troubles respiratoires souvent n'existent pas, alors même que l'examen laryngoscopique devrait les faire prévoir ; tant est grande et extraordinaire, comme on l'a dit, la tolérance du larynx pour la syphilis.

Cependant quand il existe une infiltration scléro-gommeuse trop étendue ; une périchondrite accompagnée d'œdème laryngien ; quand il s'agit surtout de jeunes enfants de quelques mois à peine, l'affection peut rapidement revêtir l'aspect d'un véritable croup avec dyspnée intense et sifflement inspiratoire, tirage, cornage, accès de suffocation et asphyxie ; rien n'y manque.

La cicatrisation des ulcérations ; la rétrocession de l'infiltration peut laisser un larynx encore très rétréci et infundibuliforme ; on a vu s'établir de larges adhérences membraniformes à la partie antérieure de la glotte ; enfin des lé-

sions sous-glottiques peuvent survenir, signalées par Steiner et Gerber en particulier.

Ces lésions sont des gommés trachéales s'accompagnant de brides cicatricielles qui, dans un cas ont empêché la réussite d'une trachéotomie, et ajoutent encore aux troubles dus à la laryngosténose ; dans un cas, on a trouvé un rétrécissement cicatriciel occupant les premiers anneaux de la trachée ; dans un autre, une trachée aplatie en fourreau de sabre (Lewin). Heureusement tout ce tissu cicatriciel cède remarquablement vite et bien au traitement spécifique qui modifie complètement le pronostic, sauf peut être chez le tout jeune enfant, où l'on ne doit pas hésiter à pratiquer de suite la trachéotomie ou le tubage suivant le siège de l'obstacle.

Il est rare que l'on soit obligé de recourir à la dilatation pour vaincre la rétractation cicatricielle, l'iodure vient à bout des scléroses d'apparence rebelle, comme des ulcérations ou des végétations ; c'est qu'il s'agit d'un tissu conjonctif jeune, bien différent de celui qu'on observe chez l'adulte ; d'où la grande différence des résultats obtenus par la médication iodurée.

La marche des accidents est habituellement lente et insidieuse (Botey) ; mais qu'on s'en défie, chez les tout jeunes enfants en particulier, il peut survenir brusquement quelque poussée aiguë (périchondrite ; œdème...) mettant la vie en danger immédiat.

Nous terminerons cet aperçu des lésions laryngées par l'exposé d'une observation que nous avons recueillie récemment dans le service de M. le D^r Gouguenheim.

Obs. — Ch..., Maurice, 13 ans, s'est présenté pour une adhérence vélo-pharyngée incomplète qu'on lui dilata ; mais il présente en même temps une raucité très marquée de la voix, sans trouble ni de la respiration, ni de la déglutition.

rouge vif, fongueuse ; éminences aryénoïdes tapissées littéralement de petites masses sessiles et rougeâtres, donnant à chaque aryénoïde l'aspect d'un petit choux-fleur ; productions verruqueuses sur les bandes ventriculaires, permettant à peine d'apercevoir le bord libre des cordes, frangé et rugueux ; paroi postérieure à peu près normale.

Au bout de trois semaines, amélioration très considérable de la voix ; les petites tumeurs ont diminué presque de moitié ; on voit nettement les deux cordes qui ont déjà repris leur aspect habituel, ou peu s'en faut.

Cette observation ne présente rien de particulier, que l'examen du larynx ; nous l'avons citée parce qu'elle corrobore bien l'opinion des classiques : tolérance extrême du larynx, presque sans troubles fonctionnels, avec des lésions hypertrophiques considérables ; guérison rapide ; et, dans la mesure du possible : *restitutio ad integrum*, dès que le traitement ioduré fut régulièrement suivi.

DU TRAITEMENT GÉNÉRAL

Nous nous bornerons à rappeler que le traitement est le même que partout ailleurs ; mais que les enfants, malgré leur jeune âge, supportent remarquablement bien l'iodure et le mercure, même à des doses en apparence fort élevées.

Le lait est chez eux l'excipient tout indiqué des médicaments spécifiques, et ceux-ci ont une action plus rapide et souvent plus énergique que chez l'adulte ; la meilleure preuve en est tirée de l'action si évidente sur les tissus de sclérose secondaire (pharyn, laryn).

L'enfant, une fois guéri, prendra une période de repos ; mais recommencera fréquemment des cures thérapeutiques ; car, si les accidents guérissent d'ordinaire vite et bien, ils récidivent aussi facilement sur le même point ou sur un point voisin.

La plupart de ces petits malades sont malingres, chétifs, ce qui les a fait prendre pendant si longtemps pour de simples scrofuleux ; aussi devra-t-on adjoindre au traitement spécifique tous les toniques à recommander en pareil cas : huile de foie de morue, phosphate de chaux... ; l'hydrothérapie, et surtout une alimentation convenable et le séjour prolongé à la campagne sont les meilleures garanties du succès d'une part, en favorisant les bons effets du traitement curateur ; de l'autre, en modifiant le terrain, question capitale, surtout quand il s'agit d'affection diathésique.

BIBLIOGRAPHIE

- | | |
|----------------------|--|
| FURNIER. | <i>Syphilis héréditaire tardive</i> , p. 357. |
| MACKENZIE | <i>Maladies du nez</i> , p. 240. |
| — | — <i>du larynx</i> , p. 480. |
| MOURE. | <i>Maladie des fosses nasales</i> , p. 297. |
| BOSVORTH. | <i>Diseas of the nose and throat</i> , 1889, p. 360. |
| MOLDENHAUER. | <i>Maladies des fosses nasales</i> , p. 222. |
| SPILLMANN. | <i>Dict. encycl. des Sc. méd.</i> , t. XII, 1 ^{re} partie. |
| CHABOUX. | <i>Th. Paris</i> 1875. |
| DUPONT. | <i>Th. Bordeaux</i> 1887. |
| SEVESTRE. | <i>Progr. méd.</i> 18-25 mai 1889. |
| TISSIER. | <i>In Ann. mal. du larynx</i> , février 1889. |
| CARTAY. | <i>In Ann. mal. du larynx</i> , juin 1890. |
| — | — <i>Arch. laryngol.</i> , mars-avril 1893. |
| BOTEY. | <i>In Ann. mal. du larynx</i> , octobre 1892. |
| — | — — — — mai 1894. |
| STRAUSS. | <i>In Arch. für Kinderheilk.</i> Bud. 14, p. 312. |
| GERBER. | <i>Formes cliniques de la syphilis héréditaire des voies supérieures</i> , 1894. |
| BOETCHER | <i>Deut. med. Zeit.</i> , 1892, p. 1054. |
| SCHÄTZ | <i>D. méd. Woch.</i> 1885, n° 38. |
| MAURIAC. | <i>In Arch. gén. méd.</i> , décembre 1888. |
| LICHVITZ. | <i>In Ann. mal. de larynx</i> , août 1894. |
| GELLÉ. | <i>In Arch.</i> , mars-avril 1895. |
| HEYMANN. | <i>In Arch. laryng.</i> , mars-avril 1895. |
| SOKOLOW KI. | <i>In Arch. de laryng.</i> , septembre-octobre 1894. |
| POPENSKI. | <i>In Ann. mal. du larynx</i> , 1891 juin. |
| ARNAUD. | <i>In Ann. Policlin. de Bordeaux</i> , janvier 1890. |

